TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU Dr ABADIE (d'Oran)

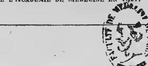
POUR FAIRE SUITE A L'EXPOSÉ INITIAL TRANSMIS A MM. LES MEMBRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE EN 1921



TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU D[r] ABADIE (d'Oran)

POUR FAIRE SUITE A L'EXPOSÉ INITIAL TRANSMIS A MM. LES MEMBRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE EN 1921.



149. ***Cent résections d'estomac pour ulcère.*** *30e Congrès français de Chirurgie*, Strasbourg, 1921.

Le nombre des morts sur cette première série de 100 cas est seulement de 4. Il faut retenir la proportion de 93 hommes contre 7 femmes; la fréquence du siège duodénal (58 lésions simples du duodénum contre 29 de tout le reste de l'estomac); surtout la fréquence relative des ulcères multiples (10 p. 100), en faveur de la résection étendue et non du Balfour.

Tout estomac suspect d'ulcère et qui, après traitement médical bien conduit continue à être douloureux, même à de longs intervalles, doit être opéré.

L'on peut graduer ainsi la valeur des moyens chirurgicaux à mettre en œuvre contre l'ulcère stomacal, manifestation locale d'une maladie dont la cause demeure obscure.

1er degré : la gastroentérostomie. Elle ne s'adresse que très indirectement à la cause, laisse la lésion en place, donne incontestablement des guérisons, mais expose à des récidives ou à des complications de plus en plus avouées : ulcères peptiques, persistance de l'ulcère, transformation cancéreuse.

2e degré : la résection de l'ulcère, particulièrement par la technique de Balfour. Elle enlève la lésion; c'est mieux; c'est insuffisant.

3e degré : la gastrectomie. Elle enlève la lésion; si on la fait étendue, elle diminue l'hyperchlorhydrie ultérieure (Pron). Surtout, à notre sens, elle modifie profondément l'innervation de la région malade. Et c'est pourquoi même avec une lésion limitée ou de la petite courbure, c'est toute la région pylorique que nous enlevons.

Donc, tant que la pathogénie de l'ulcère de l'estomac ne sera pas mieux

élucidée, pour avoir un estomac dont chimiquement la sécrétion acide est diminuée à la fois et par les modifications d'innervation dues à la pylorectomie et par l'étendue de la zone secrétante enlevée, pour avoir un estomac qui mécaniquement s'évacue bien, c'est-à-dire sans stase, mais aussi sans incontinence, la méthode chirurgicale de choix demeure la pylorogastrectomie étendue.

L'anesthésie adoptée combine l'analgésie pariétale à la néocaïne surrénine à 1 p. 200, et la rachistovaïnisation à 0,04 cgr.

L'emploi des écraseurs donne des garanties indéniables de commodité et d'asepsie.

L'anastomose le plus souvent pratiquée a été l'anastomose latéro-latérale après fermeture de deux bouts duodénal et gastrique.

150. ***A propos de la Rachianalgésie dans les opérations sur les voies urinaires.*** *Congrès français d'Urologie*, Strasbourg, 1921.

L'étude méthodique du retentissement de la rachianalgésie sur la *tension artérielle*, nous a amené à donner nos préférences à la stovaïne (0,04 cgr.), précédée d'une injection de caféïne trois heures avant, et combinée systématiquement à la position déclive.

151. ***Duodénopylorectomie pour ulcus perforé du duodénum chez un sujet de quinze ans. Guérison.*** *Société de Chirurgie*, 2 février 1921. *Bulletins*, 1921, p. 150.

152. ***Cancer du cœcum et du côlon ascendant. Résection. Guérison. Coexistence d'un cancer du pylore. Résection. Guérison.*** *Société de Chirurgie*, 13 juillet 1921. *Bulletins*, 1921, p. 1053.

153. ***Abcès du poumon avec gangrène guéri par autovaccin*** (en collaboration avec M. le Dʳ Duffau). *Société de Chirurgie*, 23 novembre 1921. *Bulletins*, 1921, p. 1279.

154. ***Deux cas de mésentérite sclérosante rétractile, l'une acquise, l'autre apparemment congénitale.*** *Société de Chirurgie*, 7 juin 1922. *Bulletins*, 1922, p. 807.

155. ***L'écrasement en chirurgie gastro-intestinale. Recherches expérimentales*** (en collaboration avec le Prof. Argand, d'Alger). *Académie de medecine*, 6 juin 1922. *Bulletins*, 1922.

Sur des pièces expérimentales prélevées chez des chiens opérés cinq et douze jours après l'opération, nous avons comparé sur coupes histologiques les résultats donnés par : les sutures à deux plans ordinaires sans écrasement

— l'écrasement à la Mayo — l'écrasement complété par épiplooplastie — l'écrasement au de Martel — l'anastomose gastro-intestinale — l'écrasement terminal de l'intestin avec enfouissement en bourse — l'écrasement à la Gudin.

La conclusion essentielle est que loin d'entraîner une nécrobiose tissurale, les procédés d'écrasement semblent au contraire donner aux cellules un regain d'activité génétique. Ainsi tombe l'objection de ceux qui redoutent la production d'un tissu mort laissé en plein foyer et gênant la cicatrisation.

156. ***Rachianalgésie et pression artérielle.*** *Société de Chirurgie*, 7 juin 1922. *Bulletins*, p. 810 [1] (en collaboration avec M. Montero, interne), complétant l'étude présentée en 1921 à Strasbourg (voir n° 150).

Nous avons vérifié par l'oscillométrie :

a) l'action hypotensive de la rachianalgésie, et l'action comparée de la stovaïne et de la syncaïne.

b) l'action hypertensive de la caféine, de la strychnine, de l'adrénaline, soit en injections hypodermiques, soit en injections intra-rachidiennes. L'expérimentation est peu favorable à ce dernier mode d'absorption.

c) la possibilité de corriger l'hypotension due à la rachianalgésie et par la position donnée au malade, et par l'injection préventive de substances hypertensives.

Cette étude est nettement favorable à l'emploi préventif de la caféine trois heures avant l'opération, et de la position déclive durant l'opération.

De nombreux graphiques appuyaient ces conclusions.

157. ***Rachianalgésie et pression artérielle*** (contribution expérimentale) (avec M. Montero, interne). *Presse médicale*, 13 septembre 1922.

158. ***Invagination iléo-cœcale par péricolite membraneuse.*** *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, 1921, t. XII, n° 4, p. 469.

159. ***Technique et résultats de l'extirpation des Tumeurs du gros intestin (rectum excepté).*** Rapport *au 31e Congrès français de Chirurgie*. Paris, octobre 1922, 60 pages, 46 figures.

Chargé du rapport en même temps qu'Okinczyc et ce dernier ayant étudié spécialement la « méthode » opératoire, nous avons envisagé la question de la « technique ». Le plan de notre rapport est le suivant.

1. Voir à ce sujet l'étude plus détaillée de Montero : *Rachianalgésie et pression artérielle (contribution expérimentale)*. — Thèse Alger, 1923, n° 6.

I. — **Généralités relatives à la chirurgie d'exérèse du côlon.**

A. — Particularités anatomiques du gros intestin d'application chirurgicale immédiate : Fixation et mobilité (ce qui nous a amené à mettre au point quatre *schémas* originaux d'embryologie montrant l'évolution de l'anse intestinale, sa rotation autour de la mésentérique comme axe, la fixation du duodénum et la constitution des mésos), vascularisation; lymphatiques.

B. — Principes généraux de technique intestinale adaptés au gros intestin : suture; écrasement; anastomoses; mésos; péritonisation; drainage.

II. — **Opérations commandées par l'exérèse des tumeurs du côlon.**

A. — Procédés de dérivation préventive : anus cœcal, entéroanastomose, exclusion unilatérale.

B. — Exérèse intra-abdominale avec rétablissement immédiat de la continuité : hémicolectomie droite, colectomie au niveau du transverse, de l'angle splénique, du côlon descendant; du côlon pelvien; du côlon pelvien à son extrémité inférieure, colectomie totale).

C. — Exérèse extra-abdominale avec dérivation « in situ ». Types : Opérations de Volkmann, Hartmann, Quénu.

D. — Cure radicale de l'anus artificiel.

E. — Soins pré- et post-opératoires.

III. — **Enfin un tableau récapitulatif** rassemblait à la fois les « méthodes » proposées par Okinczyc suivant les éventualités cliniques, et les « procédés » qui paraissent le plus recommandables.

De nombreuses figures, en grande partie originales, schématiques ou reproduisant des temps opératoires, accentuent le caractère essentiellement pratique de ce rapport.

160. ***Sur un chylangiome du mésentère avec volumineux kyste à contenu chyleux*** (en collaboration avec le Prof. Argand, d'Alger). *Académie de médecine*, 6 novembre 1923, *Bulletins*, 1923, 2 figures.

Intéressant à cause de l'origine, nettement congénitale, du processus histologique de transformation des leucocytes en cellules graisseuses.

161. ***L'entérocoque en gynécologie.*** *Académie de médecine*, 6 novembre 1923. *Bulletins*, 1923.

Nous attirons l'attention sur la fréquence insoupçonnée de l'entérocoque dans les lésions pelviennes de la femme, seul ou associé. — La localisation des

lésions est caractéristique et se situe dans le tissu cellulaire sous-péritonéal ou dans l'épaisseur même des parois utérines, salpingiennes, vésicales. Cette localisation cadre avec le mode de propagation de l'entérocoque par voie sanguine, non par voie muqueuse cavitaire.

162. ***Trois cas de perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde avec sutures par incision iliaque; une guérison; deux morts tardives de cause étrangère*** (en collaboration avec le Dr Andrieu). *Société de chirurgie*, 6 novembre 1923. *Bulletins*, 1923, p. 1237.

163. ***Ulcère perforé de l'estomac. Excision. Gastro-entérostomie. Guérison.*** *Société de chirurgie*, 6 novembre 1923. *Bulletins*, 1923, p. 1242.

A rapprocher du n° 151. Les conditions anatomiques étant différentes, la conduite opératoire a été différente. Ce qui confirme notre conception du traitement de l'ulcère perforé : « Opération aussi précoce que possible, ayant pour unique but la fermeture de la perforation; mais, si cette suture détermine un rétrécissement de la lumière du tube digestif, alors et alors seulement pour une raison purement mécanique, gastro-entérostomie de nécessité... Et comme, dans certains cas, il sera nécessaire ou plus court de faire la pylorectomie plutôt que la fermeture de la perforation suivie de la gastro-entérostomie, il faut ne pas hésiter à faire alors la résection d'emblée. »

164. ***Absence congénitale de vagin; transplantation intestinale; guérison*** (*second cas personnel*). *Société de chirurgie*, 6 novembre 1923. *Bulletins*, 1923, p. 1233 et 1235.

A rapprocher du n° 29. En 1910, nous avions publié le premier cas d'opération de Baldwin-Mori effectuée en France. Nous en rapportons un second cas personnel et discutons à cette occasion la légitimité de l'opération et précisons des détails de technique.

1238-20. — Coulommiers. Imp. Paul BRODARD — 2-21.